

**COLÉGIO CORAM DEO**

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

## IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

EDUCAÇÃO INFANTIL – PRÉ 1 – 4 anos ( ) - PRÉ 2 – 5 anos ( ) ;

FUNDAMENTAL 1 – 1º ano ( ) - 2º ano ( ) - 3º ano ( ) - 4º ano ( ) - 5º ano ( )

Data de Ingresso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome completo do(a) ALUNO(a): <i>Benícia Gomides Vaz.</i>			
Data Nascimento: <i>30/8/2019</i>	Sexo: <i>Masc.</i>	Cór/Raça: <i>Branca</i>	
Naturalidade/UF: <i>Brasileira</i>	RG:	CPF:	
Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais ( ) pai ( ) mãe ( ) outros		Nacionalidade:	
Nome do PAI: <i>Lucas Vaz Junior</i>			
RG: <i>4515439</i>	CPF: <i>00549259363</i>	Data Nasc.: <i>23/12/84</i>	
Empresa (trabalho): <i>Christian Halls</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: <i>34998080330</i>		
e-mail:			
Endereço: Rua <i>Al. Saul Heráclio da Silva</i>	Nº <i>403</i>	Complemento:	
Bairro: <i>Karaiiba</i>	Cidade/UF: <i>MG</i>	CEP: <i>38411360</i>	Telefone: ( )
Nome da MÃE: <i>Renita Candida Gomides</i>			
RG:	CPF: <i>08376585606</i>	Data Nasc.: <i>06/1/87</i>	
Empresa (trabalho): <i>Finesses Baby</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular:		
e-mail:			
Endereço: Rua <i>Rua. Luã,</i>	Nº <i>285</i>	Complemento:	
Bairro: <i>Karaiiba</i>	Cidade/UF: <i>MG</i>	CEP: <i>38411360</i>	Telefone: ( )
Nome do RESPONSÁVEL:		Grau de Parentesco:	
RG:	CPF:	Data Nasc.: ___/___/___	
Empresa (trabalho):	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular:		
e-mail:			
Endereço: Rua	Nº	Complemento:	
Bairro	Cidade/UF:	CEP	Telefone: ( )

**COLÉGIO CORAM DEO**

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

**PROCEDÊNCIA DO ALUNO**

(preencher no ato da matrícula)

Local de origem do aluno	Rede/Estabelecimento origem	Situação aluno ano anterior	Situação do aluno na série atual
Mesmo município <input checked="" type="checkbox"/>	Federal	Foi Aprovado <input checked="" type="checkbox"/>	Primeiro ingresso no tipo Ensino
Outro município do Estado	Estadual	Foi Reprovado	Novato na série <input checked="" type="checkbox"/>
Outro Estado	Municipal	Abandonou	Repetente por ter sido reprovado
Outro País	Particular <input checked="" type="checkbox"/>	Não frequentou	Repetente por abandono
	Nunca frequentou escola		Repetente apesar de ser aprovado

**TIPO DE ENSINO CURSADO NO ANO ANTERIOR**

Educação Infantil (Pré-Escolar)	Educação Especial
Ensino Fundamental _____	Outro tipo de Ensino

**EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Tipo de excepcionalidade do Portador de Necessidades Especiais

Deficiência mental	Deficiência auditiva	Deficiência múltipla	Condutas típicas (problema conduta)
Deficiência da visão	Deficiência física	Altas Habilidades (superdotado)	Outras _____
Não se Aplica			

**ENTRADA / SAÍDA DA ESCOLA**

1 – Seu(sua) filho(a) vem para escola de que forma?

a pé e sozinho(a)	de ônibus e sozinho(a)	alguém sempre vem trazê-lo(a) <input checked="" type="checkbox"/>	transporte escolar
-------------------	------------------------	---	--------------------

2 – A escola recomenda que os alunos esperem dentro da escola por seus pais ou condução escolar.

O(a) aluno(a) está autorizado(a) deixar a escola, sozinho(a)?	SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
---	-----	---

Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo(a) da escola são:

a) Nome: Semirames Gomes de OliveiraR.G. nº \_\_\_\_\_ Parentesco: Avô paternob) Nome: Iozete CandidaR.G. nº \_\_\_\_\_ Parentesco: Avó Materna



# COLÉGIO CORAM DEO

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

## FICHA DE SAÚDE

1 - O médico do(a) aluno(a) é: ( ) alopata ( ) homeopata

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato (inclusive celular): \_\_\_\_\_

2 - O(a) aluno(a) é alérgico a algum medicamento tópico, oral ou injetável? ( ) sim (X) não  
Qual/(is)? \_\_\_\_\_

3 - Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(a), com qual(is) medicamento(s) ele(a) deverá ser medicado(a), por indicação médica (será necessário receita no prontuário):  
\_\_\_\_\_

OBS.: A ESCOLA SÓ IRÁ MEDICAR O (A) ALUNO (A) COM A APRESENTAÇÃO DA RECEITA MÉDICA

4 - A criança tem doença congênita? ( ) sim (X) não  
Qual/(is)? \_\_\_\_\_

5 - Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?  
( ) caxumba ( ) sarampo ( ) rubéola ( ) catapora ( ) escarlatina ( ) coqueluche ( ) outras \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

6 – Outras condições físicas?

	SIM	NÃO
Tem hipertensão?		X
Tem alteração de pressão?		X
É diabético?		X
Em caso afirmativo, é dependente de insulina?		X
É epilético?		X
Em caso afirmativo, está em tratamento?		X
É hemofílico?		X
É deficiente visual?		X
É deficiente físico?		X
Tem algum problema cardíaco?		X
Tem asma ou bronquite?		X
Outro problema respiratório?		X
Já teve fraturas?		X
Em caso afirmativo, qual parte do corpo?		X
Tem algum problema no joelho?		X
Sente dores de cabeça com frequência?		X
Tem cólicas fortes?		X
Tem alergia a alguma coisa?		X
Em caso afirmativo, descreva:		X
Tem algum problema de saúde que o impeça de participar das aulas de Educação Física?		X

7 - Atualmente está fazendo algum tipo de tratamento médico? ( ) sim (X) não  
Qual/(is)? \_\_\_\_\_

8 - Está ingerindo medicação específica? ( ) sim (X) não  
Qual/(is)? \_\_\_\_\_

9 - O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial? ( ) sim (X) não  
Qua/(is)? \_\_\_\_\_



# COLÉGIO CORAM DEO

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

10 – Faz algum tipo de acompanhamento? ( ) sim  não. Se positivo assinale qual(is):  
( ) Psicológico ( ) Fonoaudiológico ( ) Neurológico ( ) Psicopedagógico ( ) Psiquiátrico

Obteve qual diagnóstico?

( ) Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) ( ) Dislexia ( ) Dislalia ( ) Autismo  
( ) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) ( ) Transtorno Bipolar  
( ) Outros? Explique: \_\_\_\_\_

10 - Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(a), quem deverá ser avisado?

a) Nome: Semirames Gomes Parentesco: Avo  
Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 34 9 9344 6050  
b) Nome: JOZETE CAVALARI Parentesco: Avo  
Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 34 9 8824 0397

11 – O(a) aluno(a) possui algum plano de saúde?  sim ( ) não Qual? PLAN

12 - Em caso de necessidade, o(a) aluno(a) deverá ser removido para qual hospital ou clínica?  
Hospital de Juangulo  
Endereço do hospital ou clínica: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Declaro, para os fins de direito, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e autênticas, ficando ciente que a falsidade configura crime passível de apuração e responsabilização. Declaro, ainda, que me comprometo a atualizar as informações prestadas, no caso de qualquer alteração do conteúdo acima declarado.

### ASSINATURAS

Pai / Mãe / Responsável	Direção Escolar	Coordenação Pedagógica
<u>Lucas Vaz Jr.</u>	_____	_____